

矯正問診表

お名前	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳 ヶ月)
住所 〒	電話				

■あてはまる所に○をしてください。

1	矯正の相談をしたことは？	ある	ない	
2	矯正の費用は一般的にいくら位かご存じですか？	はい	いいえ	
3	どこの部分が一番気になっていませんか？	上の前歯	下の前歯	上下の前歯
		受け口	出っ歯	乱ぐい歯
		八重歯	その他 ()	
4	家族で同様な歯並びの方はいますか？	いない	いる	
5	薬のアレルギーはありますか？	ない	ある	
6	麻酔薬にアレルギーはありますか？	ない	ある	

■次のような症状はありますか？それはいつ頃でしたか？

1	頭痛	ない	ある ()
2	鼻づまり	ない	ある ()
3	肩こり	ない	ある ()
4	指しゃぶり	ない	ある ()
5	歯ぎしり	ない	ある ()
6	姿勢が悪く前かがみになっていることは	ない	ある ()
7	口呼吸をしていることは	ない	ある
8	口はうまく閉じられますか	はい	いいえ
9	いつも口を開いていることが多い	いいえ	はい (常時・就寝時)
10	舌を前に出す癖がある	いいえ	はい
11	顔やあごがどちらかに曲がっている	いいえ	はい (右側・左側)
12	どちらかの肩が下がっている	いいえ	はい (右側・左側)

■日常の姿勢、くせ、就寝時の様子についてお聞きします。

13	頬づえをついて読書をしている	いいえ	はい (常時・時々)
14	読書の時、両手の上にあごを乗せて読んでいる	いいえ	はい (常時・時々)
15	腕まくらをしたり、またはお絵かきに夢中で頬を机に押しつけて描いていることがある	いいえ	はい (常時・時々)
16	うつ伏せで頭をどちらかに向けて寝ている	いいえ	はい (右側・左側)

■食事の様子についてお聞きします。

17	食卓に飲み物があり、飲みながら食事をする	はい	いいえ
18	食べるのは早いほうですか	はい	いいえ
19	食べ物は左右どちらか片側で噛んでいる	いいえ	はい (右側・左側)

■その他気になる事がありましたらご記入下さい。

